

ИЗВЕЩЕНИЕ

ОКРУГ

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY
CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Дата извещения	:	_____
Название дела	:	_____
Номер Имя работника	:	_____
Номер	:	_____
Телефон	:	_____
Адрес	:	_____

(ADDRESSEE)



Вопросы? Спросите Вашего работника.

Слушание администрации штата: Если вы считаете, что это неправильно, вы можете попросить о слушании вашего дела администрацией штата. На обратной стороне этой страницы объясняется, как это сделать. Возможно ваши пособия не изменятся, если вы попросите о слушании до того, как эти изменения вступят в силу.

Сумма месячной денежной помощи

Секция А. Исчисляемый доход за месяц

Общий доход от предприятия \$ _____

Расходы предприятия:

a. Стандартные 40% - _____

ИЛИ

b. Реальные - _____

Чистый доход от работы на себя = _____

Итого доход по нетрудоспособности (группа, получающая помощь, + лица, не относящиеся к этой группе) \$ _____

Скидка \$225 - _____

Учитываемый доход по нетрудоспособности = _____

ИЛИ

Неиспользованная сумма от скидки в \$225 = _____

Итого заработанный доход \$ _____

Чистый доход от работы на себя (с линии сверху) + _____

Промежуточный итог = _____

Неиспользованная сумма от скидки в \$225 (с линии сверху) - _____

Промежуточный итог = _____

Скидка с заработанного дохода 50% - _____

Промежуточный итог = _____

Учитываемый доход по нетрудоспособности (с линии сверху) + _____

Остальной учитываемый доход от (группа, получающая помощь, + лица, не относящиеся к этой группе) + _____

..... + _____

Чистый исчисляемый доход = _____

Секция В. Ваша денежная помощь за месяц = _____

1. Максимально разрешенная помощь для _____ человек (группа, получающая помощь, + лица, не относящиеся к этой группе) \$ _____

2. Особые потребности (группа, получающая помощь, + лица, не относящиеся к этой группе) + _____

3. Чистый исчисляемый доход с секции А = _____

4. Промежуточный итог = _____

5. Максимально разрешенная помощь для _____ человек (только группа, получающая помощь) (исключение: максимальная помощь на семью или оштрафованные лица) \$ _____

6. Особые потребности (только группа, получающая помощь) + _____

7. Промежуточный итог от максимально разрешенной помощи = _____

8. **Промежуточный итог помощи за полный месяц** (наименьшая сумма с линии 4 или 7) = _____

9. Линия 8 распределена пропорционально на часть месяца = _____

10. Поправки: Штраф 25% из-за алиментов на содержание детей = _____

Переплата = _____

Штрафы программы Cal-Learn* = _____

Премия программы Cal-Learn + _____

11. **Сумма месячной денежной помощи** (линия 8 или 9 с поправкой) = _____

* Общеобразовательная программа Калифорнии для лиц до 19 лет, имеющих своих детей и получающих денежную помощь

Medi-Cal: Это извещение НЕ меняет и НЕ останавливает льготы Medi-Cal (Программа медицинской помощи штата Калифорния). **Храните Вашу(и) пластиковую(ые) карточку(и), удостоверяющую(ие) пособия.** Вы получите отдельное извещение о любых изменениях льгот по программе Medi-Cal.

Талоны на питание: Это извещение НЕ меняет и НЕ останавливает льготы программы талонов на питание. Вы получите отдельное извещение о любых изменениях льгот по программе талонов на питание.

Получение только льгот программы Medi-Cal и/или талонов на питание НЕ учитывается при определении лимита времени программы денежной помощи.

Правила: Применены следующие правила, с которыми Вы можете ознакомиться в Вашем отделе социального обеспечения: MPP 44-100; 44-314; 44-315

ВАШИ ПРАВА НА СЛУШАНИЕ

Если вы не согласны с действием принятым округом, вы имеете право попросить о слушании вашего дела администрацией штата. У вас есть только 90 дней, чтобы попросить о слушании. 90 дней начались на следующий день после вручения или отправки вам этого извещения.

Если вы попросите о слушании до того как действие по программам Cash Aid (денежной помощи), Medi-Cal (Медицинской помощи), Food Stamps (Талонов на питание) или Child Care (Присмотр за детьми) вступит в действие:

- Ваша денежная помощь или медицинская помощь останется без изменения, пока вы ожидаете слушания.
- Ваши услуги по присмотру за детьми могут остаться без изменения, пока вы ожидаете слушания.
- Ваши талоны на питание останутся без изменения до слушания или окончания периода, на который одобряется помощь, смотря что наступит ранее.

Если слушание решит, что мы правы, вы будете должны нам любые переплаченные суммы по услугам программ Cash Aid, Food Stamps или Child Care. Для разрешения нам уменьшить или остановить ваши льготы до слушания, отметьте ниже: Да, уменьшите или остановите:

Cash Aid Food Stamps Child Care

Пока вы ожидаете решения слушания по программам:

Welfare to Work:

Вы не должны принимать участие в деятельности.

Вы можете получать платежи по программе присмотра за детьми во время работы и для деятельности утвержденной округом до этого извещения.

Если мы сказали, что платежи на другие вспомогательные услуги остановятся, вы не получите платежи даже, если вы станете участвовать в деятельности.

Если мы сказали, что вы получите платежи на другие вспомогательные услуги, то они будут выплачены в сумме и виде, указанном в извещении.

- Для получения этих вспомогательных услуг, вы обязаны участвовать в деятельности, указанной округом.
- Если сумма вспомогательных услуг, выплачиваемых округом, пока вы ожидаете решения недостаточна, чтобы позволить вам участвовать, вы можете прекратить посещать деятельность.

Cal-Learn:

- Вы не можете участвовать в программе Cal-Learn, если мы сказали, что не можем обслуживать вас.
- Мы будем оплачивать вспомогательные услуги программы Cal-Learn, только при посещении утвержденной округом деятельности.

ПРОЧАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Лица, получающие услуги от плана, который находится под руководством Medi-Cal: Действие этого извещения может остановить получаемые вами услуги от плана здравоохранения. Если у вас есть вопросы, вы можете обратиться в организацию, предоставляющую услуги по здравоохранению.

Медицинская поддержка и/или алименты на детей: Местное агентство по помощи детям бесплатно поможет вам взыскать алименты даже если вы не получаете денежную помощь. Если они взыскивают алименты для вас в настоящее время, они будут продолжать это делать, пока вы не попросите их, в письменном виде, прекратить взыскания. Они будут высылать вам взысканные алименты, но будут удерживать суммы, срок уплаты которых истек и которые представляют долг округа.

Планирование семьи: Отдел социального обеспечения даст вам информацию по вашей просьбе.

Дело для слушания: Если вы попросите о слушании, отдел слушаний штата заведет на вас дело. Вы имеете право видеть это дело до слушания и получить копию позиции округа по поводу вашего дела как минимум за два дня до слушания. Штат может дать ваше дело о слушании Департаменту Социального Обеспечения и департаментам Здравоохранения и Гуманитарной Помощи и Социальных Услуг Соединенных Штатов. (**W&I Code Sections 10850 и 10950.**)

ЧТОБЫ ПОПРОСИТЬ О СЛУШАНИИ:

- Заполните эту страницу.
- Сделайте копии с обеих сторон этого листа для своего архива.
По вашей просьбе, ваш работник сделает вам копии с этого листа.
- Отправьте или отнесите этот лист по адресу:

ИЛИ

- Позвоните по бесплатному номеру: 1-800-952-5253 или для лиц с нарушенным слухом или речью и пользующихся TDD, звоните бесплатно 1-800-952-8349.

Для получения помощи: Вы можете узнать о ваших правах о слушании или для направления на бесплатную юридическую помощь по бесплатному номеру телефона штата, указанному выше. Вы можете получить бесплатную юридическую помощь в местном отделе юридической помощи или в отделе защиты прав лиц, получающих социальную помощь.

Если вы не хотите идти на слушание сами, вы можете привести с собой друга или любое другое лицо.

ПРОСЬБА О СЛУШАНИИ

Я прошу слушание по поводу действия Департамента Социального Обеспечения округа _____ в отношении:

- денежной помощи талонов на питание
 Medi-Cal
 другого (перечислите) _____

Причина: _____

Если вам нужно больше места, отметьте этот квадрат и добавьте еще лист.

Я прошу штат предоставить мне бесплатного переводчика. (Родственник или друг не может переводить вам на слушании)

Мой язык или диалект: _____

имя лица, которому было отказано в льготах или льготы были остановлены или изменены

ДАТА РОЖДЕНИЯ _____ НОМЕР ТЕЛЕФОНА _____

АДРЕС _____

ГОРОД _____ ШТАТ _____ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС _____

ПОДПИСЬ _____ ДАТА _____

Имя лица, заполнившего эту анкету _____ НОМЕР ТЕЛЕФОНА _____

Я хочу, чтобы указанное ниже лицо представляло меня на слушании. Я разрешаю этому человеку видеть мое дело или прийти на слушание от моего имени. (Это лицо может быть вашим другом или родственником но не может переводить для вас.)

Имя _____ НОМЕР ТЕЛЕФОНА _____

АДРЕС _____

ГОРОД _____ ШТАТ _____ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС _____